

出産手当金支給申請書

(第 回目)

年 月 日						
蝶理健康保険組合理事長 殿						
被保険者			住所			
氏名			印			
下記のとおり請求します。						
被 保 険 者 証	記号		事 業 所 の 名 称		標 準 報 酬 等 級 月 額	円
	番号			第	級	
出 産 前 出 産 後 の 別	出産前に請求するときは出産予定年月日			出産予定日 年 月 日		
	出産後に請求するときは出産予定年月日 と出産のあった年月日			出 産 日 年 月 日		
出 産 の た め 休 ん だ 期 間	年 月 日から			日間		
年 月 日まで			年 月 日から			日分
年 月 日まで			円			
振 込 希 望 の 銀 行	銀行 支店( 普通 当座 )					

医 師 又 は 助 産 師 の 意 見	出 産 年 月 日	年 月 日	出 産 単 胎	出 産 予 定 多 胎 ( 児 )
	出 産 予 定 年 月 日	年 月 日	( 児 )	
	正 常 出 産 又 は 異 常 出 産 の 別	正 常 ・ 異 常	生 産 又 は 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 ( 妊 娠 月 )
	うえのとおり相違ありません。			
年 月 日				
住所				
(職名 )				
氏 名 印				

事業主証明	労働に服さな かっ た 期 間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	
	うえの期 間中の分 として支 払う報酬 関係	全額支給 の場 合	年 月 日から 年 月 日まで	の分 金 ( 月 日支払) 金 円 日 額 円
		一部支給 の場 合	年 月 日から 年 月 日まで	の分 金 ( 月 日支払) 金 円 日 額 円
		支給しない 場 合		
うえのとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 住所 事業主 氏名 印				

委任状	私は 年 月 日請求した出産手当金のうち 金 円也の受領に関すること。 年 月 日	を代理人と定め、次の権限を委任する。
	住所 被保険者の 氏名 印	住所 代理人の 氏名 印
振込希望の銀行	銀行 支店 ( 普通 当座 )	

領収書	金 円也但し うえの金額を領収いたしました。 年 月 日 蝶理健康保険組合理事長 殿	住所 受領者 氏名 印